·综述·

痴呆患者抗拒护理评估工具的研究进展

王鑫源[1]，王笑蕾[2]，刘艳丽[1*]，安冉[1]，罗姣[1]，刘小菲[1]，李洋洋[1]，胡重蝶[1]，侯富文[1]

【摘要】 抗拒护理（RTC）是在照护痴呆患者过程中一种常见的异常行为表现，对患者及其照顾者造成较严重的负面影响。国外对痴呆患者 RTC 评估工具的研究起步较早，研究内容更加深入和全面，自 1999 年阿尔茨海默病抗拒护理量表（RTC-DAT）被开发以来，国外研究者对其进行了多次评价内容和方法上的修订，打造出适用于不同护理情境且各具特色的痴呆患者 RTC 评估工具。本文对国外开发的痴呆患者 RTC 评估工具进行综述，着重探讨不同评估工具在评价内容和方法上的差异，分析其特点、优势和不足，旨在为我国开发或引入适合国情的痴呆患者 RTC 评估工具提供借鉴。当前，国外学者在开展痴呆患者 RTC 相关研究时，多由研究人员基于 RTC-DAT 使用观察法评估痴呆患者 RTC 行为发生情况，而这种方法在实际推广应用的过程中面临诸多挑战。2022 年被开发的抗拒护理信息提供者量表（RoCIS）允许研究人员使用在其他领域常见的咨询照顾者的方法评价痴呆患者 RTC 行为发生情况，这为国内引入或开发适用于我国痴呆患者 RTC 行为评估的工具提供了新的借鉴。医务人员应在综合考虑不同类型评估工具适用性的基础上选择适宜工具评估痴呆患者 RTC 行为发生情况。

【关键词】 痴呆；抗拒护理；行为与精神症状；评估工具；综述

【中图分类号】 R 749.16 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0132

【引用本文】 王鑫源，王笑蕾，刘艳丽，等. 痴呆患者抗拒护理评估工具的研究进展[J]. 中国全科医学，2023.[Epub ahead of print] DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0132. [www.chinagp.net]

WANG X Y，WANG X L，LIU Y L，et al. Advances in evaluation tools for resistiveness to care in patients with dementia[J]. Chinese General Practice，2023. [Epub ahead of print]

Advances in Evaluation Tools for Resistiveness to Care in Patients with Dementia

WANG Xinyuan[1]，*WANG Xiaolei*[2]，*LIU Yanli*[1*]，*AN Ran*[1]，*LUO Jiao*[1]，*LIU Xiaofei*[1]，*LI Yangyang*[1]，*HU Chongdie*[1]，*HOU Fuwen*[1]

1.School of Nursing，Shandong University of Traditional Chinese Medicine，Jinan 250355，China

2.School of Nursing，Shandong First Medical University & Shandong Academy of Medical Sciences，Taian 271016，China

[*]Corresponding author：LIU Yanli，Professor；E-mail：liuyanlishd@163.com

【Abstract】 Resistiveness to care（RTC）is a common abnormal behavioral symptom in dementia patients during the care process，which seriously negatively impacts the patients and their caregivers. The research on assessment tools for RTC started earlier in foreign countries，and has explored relevant aspects more deeply and comprehensively. Since the Resistiveness to Care Scale for Dementia of the Alzheimer's Type（RTC-DAT）came out in 1999，overseas researchers have made several revisions to its content and methods，and have expanded it to include different scales for assessing RTC in different care settings. In this paper，we present a review of the tools developed overseas to assess RTC in patients with dementia，focusing on the differences in contents and methods of the tools，and the characteristics，strengths and weaknesses of each tool，which may offer insights into China's development of such a tool or introduction of a foreign tool applicable to China. The evaluation method of the assessment tools currently used in foreign research on RTC in patients with dementia is mostly based on the researcher-observed method used in the initial RTC-DAT，which faces many limitations in its practical application. The Refusal of Care Informant Scale（RoCIS）developed in 2022 attempts to use the method of evaluation by consulting caregivers，which is commonly used in other fields，providing a new way for China's introduction or development of a RTC assessment tool applicable to Chinese dementia patients. Considering various types of these tools，we recommend that the tool should be selected according to its applicability assessed comprehensively.

【Key words】 Dementia；Resistiveness to care；Behavioral and psychological symptoms；Assessment tools；Review

---

基金项目：2020 年度山东省重点研发计划（软科学）项目（2020RKB14087）

1.250355 山东省济南市，山东中医药大学护理学院 2.271016 山东省泰安市，山东第一医科大学（山东省医学科学院）护理学院

[*]通信作者：刘艳丽，教授；E-mail：liuyanlishd@163.com

本文数字出版日期：2023-04-27

目前，全世界约有 4 000~5 000 万痴呆患者[1]；我国痴呆患病率约为 7.20%，痴呆患者约有 1 500 万人[2]。随着全球人口老龄化现象日益加剧，预计到 2050 年全球痴呆患者将达 1.52 亿人[3]，而我国痴呆患者将超过 4 000 万人[4]。痴呆是一种进展性、不可逆性的神经退行性疾病，患者的主要临床特征为认知功能下降、个人独立性丧失及社交互动减少等[5]，甚至可能会出现多种行为和精神症状（BPSD）。由于尚缺乏有效预防痴呆发生、控制痴呆发展的方法，采取药物干预措施及旨在改善认知功能的非药物干预措施难以取得理想的效果，管理好 BPSD 是痴呆患者护理工作的重点目标之一[6]。BPSD 是痴呆患者常见的症状，包括抑郁、冷漠、焦虑、恐惧、激越和抗拒护理（RTC）等。有研究指出，RTC 在痴呆患者中发生率较高，给患者带来额外的痛苦[7-8]，而护理人员在面对痴呆患者的 RTC 行为时亦会感到不适、压力与负担增加[9]。客观准确地评估痴呆患者 RTC 水平能够更好地了解我国痴呆患者 RTC 的现状，探究可能的影响因素，为后续干预方案的设计提供参考，并有助于为患者及其照顾者提供帮助，减轻患者的痛苦和照顾者的多种负担。但目前我国痴呆患者 RTC 相关研究较少，其原因可能有两个，一是研究者将痴呆患者 RTC 行为与激越、躁动或攻击性行为相混淆[10]，使用隐含概念对痴呆患者 RTC 行为进行描述并使用隐含概念相关的测评工具测量痴呆患者 RTC 水平；二是没有针对痴呆患者 RTC 行为的特异性评估工具。国内虽有研究者开始关注痴呆患者 RTC 的情况，但因缺少特异性的量化评分工具，其常选择采用数字评定量表对痴呆患者 RTC 的情况进行评估，即由照顾者从 0~10 分中选出最能代表患者 RTC 水平的分数[11]，这也导致有关痴呆患者 RTC 的特异性研究进一步减少。国外对痴呆患者RTC的研究起步较早,研究内容更加深入和全面，对痴呆患者 RTC 的概念、影响因素、评估工具和干预措施等进行了丰富的研究。本文中重点介绍了国外不同类型的痴呆患者 RTC 评估工具，着重于对每种评估工具的评价内容和方法进行分析、探究，旨在为我国开发或引入适合国情的痴呆患者 RTC 评估工具提供借鉴，为后续相关研究的开展提供前期研究基础。研究者于 2022 年 10 月，分别以“痴呆 / 认知障碍 / 阿尔茨海默病 / 照顾者 / 抗拒护理 / 激越行为”“dementia/cognitive impairment/Alzheimer disease/caregiver/resistiveness to care/resistance to care/rejection of care/resistive behaviour/agitation”为中、英文检索词，检索了 PubMed、Web of Science、中国知网等数据库，以研究内容为痴呆患者 RTC 评估工具的开发和 / 或应用、文献类型为论著等为文献纳入标准，以重复发表、质量较差、无法获得全文的文献作为文献排除标准，对文献进行遴选，最终 45 篇文献被纳入综述。

1 RTC 的概述

RTC 全称为 resistiveness to care/resistance to care（核心词为“resist”），在部分文献中又被称为 rejection of care、resistive behaviour、nursing care resistance、care-resistant behavior 等，其名称尚未得到统一。LOUISE 等[12]将 RTC 的定义为“拒绝、回避或以其他方式阻止或破坏医院提供（的）护理服务和家庭照顾者提供（的）社会支持”。不同学科（如护理学、临床医学、牙科学及心理学）学者对痴呆患者 RTC 的理解存在差异，如来自临床医学领域的 CUNNINGHAM 等[13]和 KOVACH 等[14]指出 RTC 可能反映了痴呆患者需求未得到满足，而牙科学领域学者 JABLONSKI 等[15]则认为 RTC 行为是痴呆患者表达负性情绪的方式。对痴呆患者 RTC 的差异化理解及 RTC 尚无统一、公认的定义导致包括护理学在内的不同学科研究人员常使用隐含概念来描述该行为，并使用隐含概念相关的测评工具，如激越行为量表测量痴呆患者 RTC 的水平，这阻碍了护理人员在实践过程中对痴呆患者 RTC 进行深入认识，或就痴呆患者 RTC 进行沟通交流[16]。但 RTC 与激越是两种不同的行为症状，激越行为可能在任何情况下出现，包括在痴呆患者独处时，而 RTC 是痴呆患者针对护理活动的特定行为反应[17]，两者在临床表现上存在重叠之处，但研究发现两者在本质上是有区别的，需要制定不同的管理策略来对其进行管理[18]。激越行为在轻度痴呆患者中较明显，随着痴呆患者病情的进展而逐渐减弱，但 RTC 行为会随着痴呆患者病情的恶化而持续增加[19]。

2 痴呆患者 RTC 的评估工具

2.1 综合性痴呆患者异常行为评估工具

2.1.1 最小数据集（MDS）3.0　MDS 3.0 由美国国家医疗保险和医疗服务中心（CMS）开发，于 2010-10-01 发布[20]，内容每季度被更新 1 次[21]，旨在通过多种机制改进美国联邦政府规定的养老院居民全面评估（包括入院评估及后续评估）过程。MDS 3.0 的设计者认为：了解患者的意愿，通过邀请存在潜在问题的患者进行面谈来评估其主观状态（如疼痛、情绪和认知功能），让患者参与评估过程可以促进“以人为中心”的护理服务高质量发展，并能提高其报告的主观状态的准确性[22]。MDS 3.0 E 部分中的 E0800 项目为 RTC 行为评估工具，通过回顾过去 1 周内 RTC 行为的发生频率，评估患者的 RTC 水平。该工具的评分标准为：上周未出现行为计 0 分，上周 1~3 d 出现行为计 1 分，上周 4~6 d 出现行为计 2 分，上周每天发生行为计 3 分。当前版本 MDS 3.0 中的 RTC 评估工具的运用旨在确定患者是否拒绝为实现居民健康和福祉所必需开展的评估和护理活动（如血液检查、服用药物或日常生活护理）。研究

者可将E0800项目与MDS 3.0中的其他项目组合应用，MCCREEDY等[23]基于MDS 3.0 E部分中的4个项目构建了激动和行为反应量表（ARBS），ARBS可用于评估：（1）针对他人的身体行为症状（如打、踢、推）（E0200A项目）；（2）针对他人的言语行为症状（如威胁、尖叫或诅咒）（E0200B项目）；（3）不针对他人的行为症状（如踱步、翻找、脱衣服）（E0200C项目）；（4）RTC的行为症状（E0800项目）。

WILLIAMS等[21]进行了一项整群随机对照试验，纳入了由疗养院中29名护理人员和27名痴呆患者组成的二元组，通过对护理人员进行沟通技巧培训（要求护理人员改变对话方式），减少护理人员对长者沟通（elder speak）这一交谈方式的使用，从而减少了痴呆患者RTC行为的发生。WILLIAMS等[21]使用MDS 3.0 E部分中的E0800项目确定发生RTC行为的痴呆患者，但由于该工具并未明确指出RTC行为包含的详细类型，研究者基于MAHONEY等[24]开发的阿尔茨海默病抗拒护理量表（RTC-DAT）中涉及的行为对RTC行为进行了编码。由于基于MDS 3.0的评估工作在痴呆患者入院时已完成，而WILLIAMS等[21]的研究历时超过3个月，研究人员在研究期间可能没有使用最新版本的MDS 3.0对痴呆患者RTC行为进行持续监测和评估。尽管MDS 3.0数据已被确定是有效和可靠的，但反映状态变化的MDS 3.0项目在研究开展过程中应得到研究者持续的关注[25]。

2.1.2 痴呆临终症状管理量表（SM-EOLD） SM-EOLD由VOLICER等[26]于2001年开发，共有2个维度、9个条目，量表的Cronbach's α系数为0.78。由研究人员询问痴呆患者照顾者痴呆患者生命最后90 d内出现的身体和心理症状后进行填写，各条目采用Likert 6级、反向计分法，照顾者被要求评价每种症状出现的频率，其中从不计5分，每月1次计4分，每月2~3 d计3分，每周1次计2分，每周2~3 d计1分，每天计0分，将各条目的得分相加即得量表总分，得分范围为0~45分，得分越高表明痴呆患者症状控制得越好。用于该量表开发的样本量为105，探索性因子分析得出心理症状（6个条目）和身体症状（3个条目）两个因子，各维度的Cronbach's α系数分别为0.81和0.47，身体症状维度的Cronbach's α系数较差可能是该维度下条目数量较少及条目之间相关性较低导致的。鉴于身体症状维度的Cronbach's α系数较差，量表开发者指出身体症状维度中的各条目可作为独立的量表使用。心理症状维度中的RTC相关条目可用于评估痴呆患者RTC的情况，但该条目未对RTC行为进行具体界定和分类。在KROENKE等[27]的研究中，SM-EOLD的Cronbach's α系数为0.72，表明量表的内部一致性信度是可接受的。

2.1.3 养老院行为问题量表（NHBPS） 该量表由RAY等[28]于1992年开发，共有6个维度、29个条目，其与护士导向的住院评估量表（NOSIE）的相关系数为0.747，与柯恩－曼斯菲尔德激越问卷（CMAI）的相关系数为0.911，NHBPS与NOSIE、CMAI之间具有较强的相关性表明NHBPS是用于衡量养老院患者行为问题水平的可靠研究工具。NHBPS的开发旨在帮助养老院工作人员评估养老院患者（住户）的异常行为，属于照顾者他评量表〔本研究依据量表开发研究中，在评估工作中起主导作用者的类型划分量表的属性〕。评估工作可由未接受过培训的护理人员或照顾者迅速完成，完成评估工作所需时间为3~5 min。由照顾者报告患者（住户）过去3 d内每种异常行为发生的频率，各条目使用Likert 5级评分法，其中从不计0分，很少计1分，有时计2分，经常计3分，总是计4分，将各条目得分相加即得量表总分，得分范围为0~116分。不合作或攻击行为维度中的RTC相关条目亦可用于评估患者（住户）RTC行为的发生情况，但该条目也未对RTC行为进行具体界定和分类，因此NHBPS多被用于评估患者的一般性异常行为发生情况。

2.1.4 照顾者评估障碍行为等级量表（COBRA） 1992年DRACHMAN等[29]开发了由4个维度、30个条目组成的COBRA。COBRA是为了便于专业照顾者和家庭照顾者评估痴呆患者顽固性行为类型和严重程度而开发的测量工具，评价内容包括频率和严重程度。采用5点计分法对频率、严重程度进行评价，过去3个月内未发生行为~每天发生分别赋0~4分，没有破坏性影响的行为~有显著破坏性影响的行为分别计0~4分，但由于不同行为的最大破坏性不同，对于物理攻击行为，患者在严重程度上的最高得分可达4分，而对于喃喃自语行为，患者在严重程度上的最高得分可能仅为1分。COBRA开发者运用评分者间信度系数和重测信度系数评价了COBRA的可靠性，但其开发COBRA时选取的样本量较少，包括31例门诊痴呆患者和36例住院痴呆患者。考虑到收集门诊患者资料具有便利性，DRACHMAN等[29]基于门诊痴呆患者数据开展重测信度评价，基于住院痴呆患者数据开展评分者间信度评价，因此最终的评价结果具有一定的局限性。该量表中攻击性行为维度下的条目“resisting help”可用于评价痴呆患者RTC的情况。

2.2 特异性痴呆患者RTC评估工具

2.2.1 RTC-DAT MAHONEY等[24]于1999年开发了RTC-DAT，量表共有13个条目，Cronbach's α系数为0.82~0.87，具有良好的信、效度。研究人员从3个长期护理机构处获得收集研究样本数据的许可，通过对阿尔茨海默病患者的RTC行为进行现场观察或通过先录制视频后观察的方式总结出常见的RTC行为类型，包括“转

身离开”“威胁”“尖叫/大喊大叫”“说不”“推/拉”“推开”“拉开”“击打/踢”“抓人”“抓住物品”“哭泣”“咬紧嘴巴”和“内收”。量表评价内容包括13种行为的持续时间和强度[30]。采用5点计分法对5 min观察时长内各行为的持续时间进行评价，其中无计0分，<16 s计1分，16~59 s计2分，1~2 min计3分，>2 min计4分；采用3点计分法对5 min观察时长内各行为的强度进行评价，其中轻度赋1分，中度赋2分，重度赋3分。研究人员可通过直接观察在对阿尔茨海默病患者进行日常生活护理的过程中其RTC行为的持续时间及强度对其RTC行为发生情况进行测评（直接观察法）[31]，或在得到阿尔茨海默病患者照顾者同意之后使用录像设备记录阿尔茨海默病患者RTC行为的发生情况（视频观察法），直接观察及视频观察的时间均为5 min。若观察时间少于5 min，则按照实际时间内观察、记录到的情况评估阿尔茨海默病患者RTC行为的发生情况；若观察时间超过5 min，则按照在前5 min内观察、记录到的情况评估阿尔茨海默病患者RTC行为的发生情况。之所以将观察时间设定为5 min，是量表开发者考虑到其是完成耗时最短的日常生活行动，即上厕所所需的平均时间。为了评估阿尔茨海默病患者RTC的严重性，将条目的持续时间得分和强度得分相乘即得条目的最终得分，将所有条目的最终得分相加即为量表总分，得分范围为0~156分，得分越高表明RTC的情况越严重。随着阿尔茨海默病患者病情的发展，其RTC-DAT得分不断增加，直到疾病末期RTC-DAT得分才降至最低[24]。该量表是首个特异性的RTC行为评估量表，也是RTC领域首个研究人员他评量表（研究人员他评量表的使用者并非仅限于研究人员），对常见的RTC行为进行了详细区分、界定，但直接观察法、视频录制法实施的经济成本均较高，这一定程度上阻碍了该工具在大范围内得到推广和使用。

2.2.2 抗拒护理量表修订版（RTC-r） 有研究指出，痴呆患者在接受口腔护理时更容易出现RTC的情况[32-33]，但在进行口腔护理时使用RTC-DAT有着诸多不便。针对此问题，JABLONSKI-JAUDON等[34]于2016年对RTC-DAT进行了修订，并验证了在其他护理工作中将RTC-r应用于痴呆患者RTC行为评估的可靠性。由于在进行口腔护理时实时记录每种RTC行为的持续时间较为困难，JABLONSKI-JAUDON等[34]未将行为的持续时间纳入评价内容，仅要求使用者对每个条目所对应行为发生的次数和行为的强度进行评价。总分计算方式为将每个条目所对应行为出现的次数与每个条目的强度得分相乘后再全部相加，因此RTC-r的总分没有上限。RTC行为出现的次数越多，总分相应也会越高，总分越高提示痴呆患者RTC的情况也越严重。

JABLONSKI-JAUDON等[34]认为使用Cronbach's α系数衡量RTC-r的内部一致性信度和可靠性不是最佳选择，因为单个条目对RTC-r整体构成没有绝对的贡献（可以理解为表现出1类行为的痴呆患者不必表现出其他12类行为），平行效度是衡量RTC-r可靠性的最佳指标[34]。RTC-r为特殊情况下护理人员有效评估痴呆患者RTC行为的发生情况提供了新的工具和思路，但未将行为的持续时间纳入评价内容可能会造成评价结果难以真实反映痴呆患者RTC情况。在临床工作中，护理人员应根据使用环境来选择合适的评估量表，尽量保证原始信息尽可能多的得到保留。RTC-r为研究人员他评量表（在RTC-r开发研究中，由研究人员观察护理人员提供口腔护理服务时痴呆患者RTC的情况），但在独立进行口腔护理时准确、及时记录痴呆患者的RTC情况对于护理人员而言并不简单，护理人员受限于个人能力，常难以做到实时记录，对于照护知识缺乏和研究素养较低的家庭照顾者而言可能更加困难。目前，尚无国内学者对该量表进行汉化及应用。

2.2.3 老年认知障碍患者抗拒护理量表 GALIK等[35]于2017年对RTC-DAT的评价内容和适用范围进行修订，研制出老年认知障碍患者抗拒护理量表，以识别存在RTC情况的痴呆患者，量表的Cronbach's α系数为0.84。为了完成Rasch分析，GALIK等[35]未将行为的强度纳入评价内容，并对持续时间的评价方式进行了修改：在开展护理活动时若研究人员观察到属于13种RTC行为中的行为，则对应条目被评为“是”，计1分，否则该条目被评为“否”，计0分。若同一行为多次出现，则在行为所对应的条目后记录行为出现的次数，将条目的持续时间得分和条目所对应行为出现的次数相乘即得条目的最终得分，将所有条目的最终得分相加即为量表总分[36]，因此量表的最高得分也不是固定的。在GALIK等[35]的研究中，调查对象在老年认知障碍患者抗拒护理量表上的最高得分为17分。GALIK等[35]利用来自9家疗养院的261例痴呆患者的数据对老年认知障碍患者抗拒护理量表进行了信效度检验，证明了老年认知障碍患者抗拒护理量表的适用人群可由阿尔茨海默病患者扩大至全体痴呆患者（包括阿尔茨海默病、血管型痴呆、混合型痴呆及其他类型痴呆患者）。老年认知障碍患者抗拒护理量表已被证明适用于疗养院中痴呆患者RTC行为的评估[37-38]。

GALIK等[35]对RTC行为持续时间的评价方式进行了修订，使评估工作变得更加简单、工具使用起来更加方便，但得到保留的原始信息也随之减少。“是”与“否”只能反映痴呆患者是否存在RTC的情况，而RTC行为的发生次数不足以反映RTC行为的强度。考虑到行为发生的频率和行为的强度均是影响RTC行为严重程度

的关键因素，通过老年认知障碍患者抗拒护理量表测得的总分可能难以准确反映 RTC 行为的严重程度。该量表是一种研究人员他评量表，依然遵循 RTC-DAT 所采用的评估方法——由研究人员在日常护理工作中对痴呆患者进行直接观察，观察时间仍为 5 min，这可能导致一些易在特定时间段出现的 RTC 行为被遗漏。通过在不同时间段对同一患者进行多次观察、对评分方式做出进一步调整可提高评估结果的准确性。

2.2.4 抗拒护理信息提供者量表（RoCIS） RoCIS 由 BACKHOUSE 等[39]在参考 RTC-DAT 的基础上于 2022 年开发，可用于评估晚期痴呆患者 RTC 的情况。该量表最初包含 14 个条目，分别为“移走”“推开照顾者”“推开护理设备”“拉扯物品”“抓住物品”“抓住照顾者”“使身体僵硬” “攻击性行为” “口头拒绝” “不安” “攻击性语言” “紧闭嘴巴” “没有反应”和“身体上不合作”。但在完成 Rasch 分析之后，BACKHOUSE 等[39]删除了“不安”这一条目，最终版的 RoCIS 是一维量表，共 13 个条目，根据痴呆患者前一个月是否出现相应的行为，每个条目采用是/否进行评价，是计 1 分，否计 0 分，各条目得分之和即为量表总分，得分范围为 0~13 分。RoCIS 的 Cronbach′s α 系数为 0.88，并与 CMAI 之间具有较好的相关性（$r=0.55$，$P<0.01$）。

RoCIS 属于照顾者他评量表。在采用 RoCIS 对痴呆患者 RTC 行为发生情况进行评估时，完成评估工作所需的信息多由能够提供患者详细、个性化信息的主要照顾者提供；评估结果的准确度常取决于照顾者对 RTC 行为的理解度。当痴呆患者的主要照顾者与研究人员对 RTC 行为的认定情况存在较大偏差，尤其是当痴呆患者的主要照顾者认为 RTC 是正常反应或是能够被解决的问题从而将其忽视时，痴呆患者 RoCIS 总得分将偏低。尽管如此，RoCIS 是第一个照顾者他评的特异性 RTC 行为评估量表，相比于通过现场评估或视频录像评价痴呆患者 RTC 行为发生情况，此工具的运用可使评估者快速完成评估工作，帮助评估者节省时间、精力及开支，具有成本效益。目前，RoCIS 初步开发工作已完成，尚未有研究者应用 RoCIS 开展研究。

3 痴呆患者 RTC 评估工具的评价与建议

因痴呆患者无法明确的口头传达自身需求，其日常护理工作充满挑战。准确理解、评估患者的需求是成功管理异常症状的关键。处于病程早期的痴呆患者认知功能尚可，在对其部分心理症状进行测量时可视患者条件选择自评性量表，但值得注意的是，行为症状的出现常提示痴呆患者认知功能受损较重，如 RTC 行为在中至重度的痴呆患者中较为常见[24]，因此当行为症状出现时所选用评估工具多为他评量表。综合性痴呆患者异常行为评估工具是最早被开发的、可用于评估痴呆患者 RTC 情况的专业工具，但 RTC 多为量表的 1 项评估内容或 1 个维度，因此其甚少对 RTC 行为进行详细界定和分类。虽然综合性的痴呆患者异常行为评估工具目前不是主流的 RTC 行为评估工具，但其仍可以为研究者开发适合我国国情的工具提供参考。综合性痴呆患者异常行为评估工具[20，26，28-29]均为照顾者他评量表，采用 Likert 计分法。由照顾者主导的评估多为回顾性评估，这也是研究者在开发适用于痴呆患者的评估工具时常选用的评估方法，这可能与照顾者是直接与患者接触、与患者共同生活、最了解患者的个人偏好和行为表现的个体有关[40]。MDS 3.0 中的项目较为全面，其允许研究者通过组合的方式构建新的工具极大地提高了工具的适用性和灵活性，按季度更新有利于保证量表的先进性[20]，其研发与使用可为我国构建系统性的痴呆患者评估体系提供参考。

特异性的痴呆患者 RTC 行为评估工具是目前主流的痴呆患者 RTC 行为评估工具，评估人员可分为研究人员[24，34-35]和照顾者[39]，评估方式可分为观察性评估（直接观察和视频录制观察）[24，34-35]和回顾性评估[39]。由研究人员开展的评估即客观评估者评估，其主要特点是研究人员通过直接观察或视频录制的方式观察护理工作开展过程中痴呆患者的 RTC 情况。RTC-DAT[24]是第一个研究人员他评的特异性痴呆患者 RTC 行为评估量表。研究人员通过观察、测量得出的结果可能更能反映真实情况，特别是在研究人员接受过相关培训、对 RTC 行为有着清晰认识的情况下。但采用这种方式难免会耗费研究人员较多的时间、精力，并产生较多的花费，甚至可能需要研究人员设法获得更多资金支持，因此研究人员他评的特异性痴呆患者 RTC 行为评估量表尚未得到大范围推广、使用。在我国痴呆患者的照护依赖于家庭成员这一特殊国情下[41-42]，研究人员他评的特异性痴呆患者 RTC 行为评估量表被大范围推广使用的可能性亦较低。另外，不论研究人员是直接观察还是通过视频录制观察，都难以避免霍桑效应的影响[21]〔被观察者对于实验、测试会产生正向反应，即因环境改变（观察者的出现）而改变行为，最终导致实验、测试结果发生改变〕。在采用研究人员他评的特异性痴呆患者 RTC 行为评估量表进行评估时，研究人员/视频录制设备的出现导致了环境的改变，这对被观察的痴呆患者和/或护理人员都可能造成潜在的影响。RTC 情况的发生与患者、照顾者和环境三方面因素有关，而此方法的实施对这些因素的消长均可能产生影响，最终导致测量结果出现偏差。观察时间的设定情况亦可能对 RTC 行为的测量造成影响，RTC-DAT 所设定的观察时间为 5 min，但在 5 min 内观察到的情况不足以代表患者一天的或阶段性的情况，并且痴呆患者的 RTC 行为可能在

特定的时间段出现或存在诱发因素，没有在特定的时间段和条件下观察可能难以记录到真实的情况，导致痴呆患者量表得分较低。针对在观察时间设定上存在的不足，研究人员提出了不同的解决方案，在 RESNICK 等[43-44]的研究中，其将观察时间（基于 RTC-DAT）设定为 15~30 min，并且在进行分析时考虑了行为的发生数量。而 SHAW 等[45]则基于映射到原始测量尺度所用时间的百分比进行计分，其中无计 0 分，<5.00% 计 1 分，5.00%~<20.00% 计 2 分，20.00%~40.00% 计 3 分，>40.00% 计 4 分。在采用研究人员他评的特异性痴呆患者 RTC 行为评估量表进行评估时：（1）研究人员可通过与照顾者进行充分沟通了解痴呆患者个人的特异信息，选择在痴呆患者易出现 RTC 行为的时间段对其进行多次、较长时间的观察；（2）基于映射到原始测量尺度所用时间的百分比进行计分可有效地提高评估结果准确性；（3）为了保持科研工作与经济效益之间的平衡，研究人员仍需设法获得充足的资金支持。

基于照顾者他评的特异性痴呆患者 RTC 行为评估工具的评估结果准确度多取决于照顾者自身对 RTC 行为的理解度，这就需要研究人员帮助照顾者明确 RTC 的概念。在采用照顾者他评的特异性痴呆患者 RTC 行为评估工具进行评估时，常需要照顾者对过去一段时间内痴呆患者发生的行为进行回顾，因较严重、典型的 RTC 行为对照顾者的影响较大，对于这些行为，照顾者可能能够准确回忆；而对于严重程度较轻微或照顾者认为自身能够应对的行为，照顾者可能无法做到准确回忆，最终导致测得的分数低于实际水平。RoCIS 的研发为 RTC 行为的测量提供了新的思路：可预先向照顾者说明每类 RTC 行为的内涵，以及区分 RTC 与其他行为和精神症状的方法，以提高照顾者报告结果的可靠性，从而提高测量结果的可靠性。未来，研究者可将观察性评估法和回顾性评估法下的痴呆患者 RTC 行为水平进行比较，分析不同量表下痴呆患者 RTC 行为发生情况的相关性与差异性，并对不同情境下量表类型的选择做出推荐，这对痴呆患者RTC评估工具体系建设具有指导意义。

4 启示与展望

本文介绍了国外痴呆患者 RTC 评估工具的情况，着重探讨、分析了不同工具在评价内容与评价方法上的差异。痴呆患者 RTC 评估工具已从早期的综合性痴呆患者异常行为评估工具中的 1 个条目发展为独立的量表，这依赖于研究人员对 RTC 行为的认识更加全面、对 RTC 行为的关注度不断提高和科研工作者的共同努力。目前，国内少有痴呆患者 RTC 相关研究，我国痴呆患者 RTC 领域需要得到更多研究者的关注，亟须对我国痴呆患者 RTC 情况进行深入的探究。自 RTC-DAT 被开发以来，为了更加准确、有效评估痴呆患者 RTC 行为发生情况并提升量表的应用效益，国外研究者对其进行了多次评价内容和方法上的修订。国内学者在开发痴呆患者 RTC 评估量表时，应积极借鉴各量表的优势。观察性评估法的运用可能有助于探讨干预方法对痴呆患者 RTC 的实时影响，而回顾性评估法的使用可能有利于对痴呆患者某一时期内 RTC 的发生情况进行评估。研究人员他评与照顾者他评的特异性 RTC 行为评估工具各有优势，但目前尚无针对两种类型工具可靠性和适用范围的研究，后续研究者应在充分考虑其优缺点的基础上，结合我国的特殊国情，引入或开发适用于我国痴呆患者 RTC 情况评估的工具。

作者贡献：王鑫源提出研究方向，撰写论文初稿；王笑蕾负责设计文章框架；刘艳丽负责整体论文修订、文章的质量控制，并对文章负责；安冉负责论文初稿的修改与审校；罗姣、刘小菲负责制定文献检索策略；李洋洋、胡重蝶、侯富文负责资料的收集和整理。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] LARSON E B，STROUD C. Meeting the challenge of caring for persons living with dementia and their care partners and caregivers：a report from the national academies of sciences，engineering，and medicine [J]. JAMA，2021，325（18）：1831-1832. DOI：10.1001/jama.2021.4928.

[2] ZHANG M，CHANG Y P，LIU Y J，et al. Burden and strain among familial caregivers of patients with dementia in China [J]. Issues Ment Health Nurs，2018，39（5）：427-432. DOI：10.1080/01612840.2017.1418034.

[3] GUZMAN-MARTINEZ L，MACCIONI R B，FARíAS G A，et al. Biomarkers for Alzheimer's disease [J]. Curr Alzheimer Res，2019，16（6）：518-528. DOI：10.2174/156720501666619051712 1140.

[4] ZHANG X，CLARKE C L，RHYNAS S J. Tensions in dementia care in China：an interpretative phenomenological study from Shandong Province [J]. Int J Older People Nurs，2020，15（1）：e12291. DOI：10.1111/opn.12291.

[5] GALE S A，ACAR D，DAFFNER K R. Dementia [J]. Am J Med，2018，131（10）：1161-1169. DOI：10.1016/j.amjmed.2018.01.022.

[6] SEFCIK J S，MADRIGAL C，HEID A R，et al. Person-centered care plans for nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia [J]. J Gerontol Nurs，2020，46（11）：17-27. DOI：10.3928/00989134-20201012-03.

[7] NORDGREN A. How to respond to resistiveness towards assistive technologies among persons with dementia [J]. Med Health Care Philos，2018，21（3）：411-421. DOI：10.1007/s11019-017-9816-8.

[8] ZHANG M，ZHAO H，MENG F P. Elderspeak to resident dementia patients increases resistiveness to care in health care profession [J]. Inquiry，2020，57：46958020948668. DOI：10.1177/0046958020948668.

[9] MORTENSEN A H, STOJILJKOVIC M, LILLEKROKEN D. Strategies to manage cognitive dissonance when experiencing resistiveness to care in people living with dementia: a qualitative study [J]. J Adv Nurs, 2022, 78 (2): 486-497. DOI: 10.1111/jan.15030.

[10] 王永红, 邢庄婕, 李焕焕, 等. 模拟存在疗法对痴呆患者激越行为干预的研究进展 [J]. 中国护理管理, 2019, 19 (5): 744-747. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2019.05.021.

[11] 周娜. 阿尔茨海默病患者居家护理方案的构建与应用 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2022, 25 (7): 880-885. DOI: 10.12083/SYSJ.220615.

[12] NEWBOULD L, TUCKER S, WILBERFORCE M. Enabling older people with mental health needs to engage with community social care: a scoping review to inform a theory of change [J]. Health Soc Care Community, 2022, 30 (4): 1286-1306. DOI: 10.1111/hsc.13648.

[13] CUNNINGHAM J, WILLIAMS K N. A case study of resistiveness to care and elderspeak [J]. Res Theory Nurs Pract, 2007, 21 (1): 45-56. DOI: 10.1891/rtnpij-v21i1a006.

[14] KOVACH C R, NOONAN P E, SCHLIDT A M, et al. A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior [J]. J Nurs Scholarsh, 2005, 37 (2): 134-140. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2005.00025_1.x.

[15] JABLONSKI R A, MUNRO C L, GRAP M J, et al. The role of biobehavioral, environmental, and social forces on oral health disparities in frail and functionally dependent nursing home elders [J]. Biol Res Nurs, 2005, 7 (1): 75-82. DOI: 10.1177/1099800405275726.

[16] SPIGELMYER P C, HUPCEY J, KITKO L. A concept analysis of resistiveness to care [J]. Clin Nurs Res, 2021, 30 (1): 50-58. DOI: 10.1177/1054773818789862.

[17] VOLICER L, CITROME L, VOLAVKA J. Measurement of agitation and aggression in adult and aged neuropsychiatric patients: review of definitions and frequently used measurement scales [J]. CNS Spectr, 2017, 22 (5): 407-414. DOI: 10.1017/S1092852917000050.

[18] JABLONSKI R A, WINSTEAD V, GELDMACHER D S. Description of process and content of online dementia coaching for family caregivers of persons with dementia [J]. Healthcare (Basel), 2019, 7 (1): 13. DOI: 10.3390/healthcare7010013.

[19] VOLICER L, BASS E A, LUTHER S L. Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia [J]. J Am Med Dir Assoc, 2007, 8 (8): 527-532. DOI: 10.1016/j.jamda.2007.05.005.

[20] Centers for Medicare & Medicaid Services. Minimum Data Set (MDS) 3.0 [EB/OL]. (2010-10-01) [2022-10-15]. https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/nursinghomequalityinits/nhqiqualitymeasures.

[21] WILLIAMS K N, PERKHOUNKOVA Y, HERMAN R, et al. A communication intervention to reduce resistiveness in dementia care: a cluster randomized controlled trial [J]. Gerontologist, 2017, 57 (4): 707-718. DOI: 10.1093/geront/gnw047.

[22] THOMAS K S, DOSA D, WYSOCKI A, et al. The Minimum Data Set 3.0 Cognitive Function Scale [J]. Med Care, 2017, 55 (9): e68-72. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000334.

[23] MCCREEDY E, OGAREK J A, THOMAS K S, et al. The Minimum Data Set Agitated and Reactive Behavior Scale: measuring behaviors in nursing home residents with dementia [J]. J Am Med Dir Assoc, 2019, 20 (12): 1548-1552. DOI: 10.1016/j.jamda.2019.08.030.

[24] MAHONEY E K, HURLEY A C, VOLICER L, et al. Development and testing of the Resistiveness to Care Scale [J]. Res Nurs Health, 1999, 22 (1): 27-38. DOI: 10.1002/(sici)1098-240x(199902)22:1<27::aid-nur4>3.0.co;2-t.

[25] MOR V, BERG K, ANGELELLI J, et al. The quality of quality measurement in U.S. nursing homes [J]. Gerontologist, 2003, 43 (s2): 37-46. DOI: 10.1093/geront/43.suppl_2.37.

[26] VOLICER L, HURLEY A C, BLASI Z V. Scales for evaluation of end-of-life care in dementia [J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2001, 15 (4): 194-200. DOI: 10.1097/00002093-200110000-00005.

[27] KROENKE K, GAO S, MOSESSO K M, et al. Prevalence and predictors of symptoms in persons with advanced dementia living in the community [J]. J Palliat Med, 2022, 25 (9): 1376-1385. DOI: 10.1089/jpm.2021.0402.

[28] RAY W A, TAYLOR J A, LICHTENSTEIN M J, et al. The Nursing Home Behavior Problem Scale [J]. J Gerontol, 1992, 47 (1): M9-16. DOI: 10.1093/geronj/47.1.m9.

[29] DRACHMAN D A, SWEARER J M, O'DONNELL B F, et al. The Caretaker Obstreperous-behavior Rating Assessment (COBRA) Scale [J]. J Am Geriatr Soc, 1992, 40 (5): 463-470. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1992.tb02012.x.

[30] LAGERLUND H, THUNBORG C, SANDBORGH M. Behaviour-directed interventions for problematic person transfer situations in two dementia care dyads: a single-case design study [J]. BMC Geriatr, 2022, 22 (1): 261. DOI: 10.1186/s12877-022-02952-5.

[31] RESNICK B, BOLTZ M, GALIK E, et al. Testing the impact of FFC-AL-EIT on psychosocial and behavioral outcomes in assisted living [J]. J Am Geriatr Soc, 2021, 69 (2): 459-466. DOI: 10.1111/jgs.16886.

[32] KIM B, LEE K H, CHO E, et al. Behaviors of care providers and resistiveness to oral care of persons living with dementia [J]. Geriatr Nurs, 2021, 42 (4): 915-918. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2021.04.027.

[33] JABLONSKI R A, KOLANOWSKI A M, AZUERO A, et al. Randomised clinical trial: efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care [J]. Gerodontology, 2018, 35 (4): 365-375. DOI: 10.1111/ger.12357.

[34] JABLONSKI-JAUDON R A, WINSTEAD V, JONES-TOWNSEND C, et al. Revising the Resistiveness to Care Scale [J]. J Nurs Meas, 2016, 24 (2): 72-82. DOI: 10.1891/1061-3749.24.2.E72.

[35] GALIK E, RESNICK B, VIGNE E, et al. Reliability and validity of the Resistiveness to Care Scale among cognitively impaired older

adults［J］. J Am Med Dir Assoc，2017，18（1）：59-64. DOI：10.1016/j.jamda.2016.08.008.

［36］RESNICK B，KOLANOWSKI A，VAN HAITSMA K，et al. Current psychotropic medication use and contributing factors among nursing home residents with cognitive impairment［J］. Clin Nurs Res，2021，30（1）：59-69. DOI：10.1177/1054773819838678.

［37］RESNICK B，GALIK E，KOLANOWSKI A，et al. The relationship between pain，function，behavioral，and psychological symptoms of dementia and quality of life［J］. Pain Manag Nurs，2022，23（1）：55-61. DOI：10.1016/j.pmn.2021.07.001.

［38］GALIK E M，RESNICK B，HOLMES S D，et al. A cluster randomized controlled trial testing the impact of function and behavior focused care for nursing home residents with dementia［J］. J Am Med Dir Assoc，2021，22（7）：1421-1428.e4. DOI：10.1016/j.jamda.2020.12.020.

［39］BACKHOUSE T，KHONDOKER M，KILLETT A，et al. Most common refusals of personal care in advanced dementia：psychometric properties of the Refusal of Care Informant Scale（RoCIS）［J］. Gerontologist，2022：gnac066. DOI：10.1093/geront/gnac066.

［40］FAUTH E B，FEMIA E E，ZARIT S H. Resistiveness to care during assistance with activities of daily living in non-institutionalized persons with dementia：associations with informal caregivers' stress and well-being［J］. Aging Ment Health，2016，20（9）：888-898. DOI：10.1080/13607863.2015.1049114.

［41］SINHA P，DESAI N G，PRAKASH O，et al. Caregiver burden in Alzheimer-type dementia and psychosis：a comparative study from India［J］. Asian J Psychiatr，2017，26：86-91. DOI：10.1016/j.ajp.2017.01.002.

［42］徐永能，卢少萍，符霞，等. 老年性痴呆病人家居安全的护理干预［J］. 中华护理杂志，2004，39（3）：28-30.

［43］RESNICK B，GALIK E，MCPHERSON R，et al. Gender differences in disease，function，and behavioral symptoms in residents with dementia［J］. West J Nurs Res，2022，44（9）：812-821. DOI：10.1177/01939459211018822.

［44］RESNICK B，GALIK E，PAUDEL A，et al. Reliability and validity testing of the quantified quality of interaction schedule［J］. J Nurs Meas，2021，29（2）：E95-109. DOI：10.1891/JNM-D-19-00101.

［45］SHAW C A，WARD C，GORDON J，et al. Elderspeak communication and pain severity as modifiable factors to rejection of care in hospital dementia care［J］. J Am Geriatr Soc，2022，70（8）：2258-2268. DOI：10.1111/jgs.17910.

（收稿日期：2023-03-15；修回日期：2023-04-16）

（本文编辑：陈俊杉）